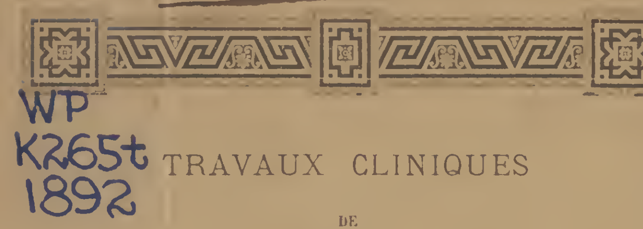




TRAVAUX CLINIQUES

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

PAR

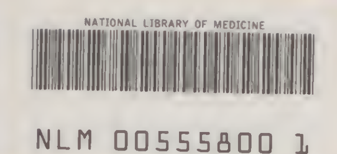
le Docteur KEIFFER,

membre de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.

ANNÉE 1892



BRUXELLES
CH. VANDE WEGHE, ÉDITEUR



TRAVAUX CLINIQUES

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

PAR

le Docteur KEIFFER,

membre de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.

ANNÉE 1892

A la mémoire

DE

JEAN MASIUS

mon ami cher et regretté.

Le perchlorure de fer en gynécologie.

Le Dr H. Pletzer publie en ce moment dans le *Centralblatt für Gynaekologie*, 1892, n° 18, p. 337, un cas très intéressant de mort à la suite d'une injection de perchlorure de fer dans la cavité utérine.

Voici le résumé que donne la *Gazette de gynécologie* de Paris de cette observation (1er juin, n° 143, p. 172):

« Une femme de 32 ans était entrée en traitement à la clinique gynécologique de Bonn, pour une rétroversion utérine compliquée d'une endométrite chronique. Son mari lui avait communiqué la syphilis en 1891. Elle avait accouché sept fois, cinq fois d'un mort-né. Les deux autres enfants n'ont vécu qu'une quinzaine de jours. Le 11 novembre 1891, on pratiqua le curettage de l'utérus et on retira des lambeaux de muqueuse couverts de végétations. On fit une cautérisation à la teinture d'iode et on fixa l'utérus en antéversion au moyen d'un pessaire. La paroi postérieure de l'utérus était flanquée d'un myôme adhérent au péritoine. Dans la suite on fit des injections intra-utérines d'une solution phéniquée à 2 °/。 et des cautérisations à la teinture d'iode. A la suite d'une ce ces injections le liquide reflua teinté de sang. Le lendemain, l'hémorragie consécutive à l'injection intra-utérine paraissait être encore plus prononcée : on fit dans la cavité utérine une injection de perchlorure de fer en se servant de la seringue de Braun munie d'ouvertures latérales. Le

liquide fut injecté goutte par goutte, et le reflux surveillé avec soin. On dilua avec de l'eau le liquide qui s'écoulait pour prévenir une trop forte cautérisation du col. La cavité utérine fut ensuite lavée avec une solution phéniquée à 2 %. Déjà pendant l'injection la femme avait accusé des douleurs. Un quart d'heure après, elle était en proie à des souffrances très vives; son teint était livide; pouls très fréquent; respiration stertoreuse. On fit des injections sous-cutanées d'éther, une application de vessie de glace sur le ventre, on administra des analeptiques, on eut recours à l'électricité, aux injections d'eau salée, aux manœuvres de respiration artificielle, le tout sans succès.

La femme succomba deux heures et un quart après l'injection. A l'autopsie, on a trouvé des caillots de sang dans les veines de l'utérus, dans les veines avoisinantes et dans les vaisseaux des poumons. L'auteur conclut qu'en somme le dénouement fatal doit être attribué à une action chimique directe exercée par le perchlorure de fer sur le sang. »

Cette observation est éminemment instructive et donne la preuve clinique des idées théoriques que j'ai déjà émises et qui sont basées sur des expériences de laboratoire.

Le curettage est devenu une opération courante, pratiquée même par un grand nombre de médecins. Mais, comme on le voit, il peut devenir une arme à double tranchant et suivi de conséquences terribles s'il est mal pratiqué. Il importe donc d'en perfectionner constamment la technique afin de rendre le procédé parfait, c'est-à-dire à l'abri des critiques des cliniciens et des théoriciens : c'est pourquoi je me plais à répéter ici les quelques faits qui m'ont engagé à lutter contre l'emploi du perchlorure de fer après le curettage.

Depuis longtemps on a fait le procès du perchlorure de fer comme hémostatique dans les plaies ; on semble vouloir le faire revivre comme caustique et hémostatique de la cavité utérine. J'ai des raisons pour croire que ce réactif est le plus mauvais que l'on puisse choisir pour le but que l'on poursuit, et ces raisons les voici :

Comme caustique, je doute qu'un centimètre cube et même deux de la substance injectée dans l'utérus au moyen de la seringue de Braun puissent se répandre immédiatement dans toute la cavité et produire l'effet désiré, surtout lorsqu'on fait suivre immédiatement cette injection d'une irrigation antiseptique.

En tout cas, sur le cadavre, l'injection poussée même fortement ne se répand que sur une très petite surface de la muqueuse de la face postérieure. De plus, toute l'activité chimique du perchlorure de fer se porte sur le sang extravasé dans la cavité utérine pour le coaguler. Il semble donc qu'il agisse ici admirablement pour enrayer l'hémorragie. C'est précisément là où je crois ce réactif dangereux.

J'ai étudié la composition et la structure microscopique du caillot sanguin formé sous l'influence du perchlorure ainsi que celle des thrombus produits à l'orifice des vaisseaux après des expériences faites *in vitro* et sur des plaies vivantes. Voici les résultats que ces recherches m'ont donnés (1) :

Ces caillots et thrombus sont d'une friabilité extrême parce qu'ils ne sont composés que de matières albuminoïdes précipitées, englobant les éléments figurés du sang. Il suffit de toucher ces productions avec le manche du scalpel ou de les irriguer légèrement pour les voir

(1) Recherches sur l'organisation des thrombus faites au laboratoire de pathologie chirurgicale de l'Université de Liége.

aussitôt se désagréger en petites particules très fines. Au microscope, ces caillots ne présentent pas la moindre trace de filaments enchevêtrés si caractéristiques de la fibrine et qui donnent au caillot ordinaire sa consistance élastique.

Doit-on favoriser la formation de telles thromboses à l'orifice des vaisseaux que la curette a largement ouverts ? Je ne le pense pas. J'ai vu de ces coagulations atteindre plusieurs centimètres de longueur dans de petits vaisseaux, et le moindre choc les détruisait.

On comprend dès lors combien facilement peuvent se produire des thromboses étendues de l'utérus, des embolies dans le réseau vasculaire péri-utérin, surtout lorsqu'on emploi le perchlorure pour compléter un curettage *post abortum*.

Je dois ajouter que, malgré les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, j'ai régulièrement vu au cours de mes expériences sur plaies vivantes la suppuration se produire, et les thrombus en étaient précisément le point de départ.

Il faut bien avouer que les faits cliniques, à part celui rapporté par M. H. Pletzer, ne sont pas d'accord ou plutôt ne semblent pas d'accord avec ces expériences de laboratoire, mais celles-ci peuvent peut être expliquer les métrites, les inflammations localisées des organes du petit bassin que l'on a vu surgir peu de temps après le curettage, inflammations qu'on ne peut pas toujours attribuer au réveil subit d'anciennes lésions paramétriques méconnues.

Il m'eût été difficile au moment de ces expériences de rapporter des cas précis où le perchlorure pouvait être invoqué comme cause étiologique de l'affection post opératoire, mais depuis ces recherches je n'ai pu me résoudre à utiliser cette substance. Ce qu'on demande au per-

chlorure de fer s'obtient aisément avec d'autres produits et d'autres procédés aussi utiles et plus inoffensifs soit comme caustiques, soit comme hémostatiques dont on peut au moins surveiller l'action (1).

Aujourd'hui l'expérience clinique de l'action nocive du perchlorure est faite par le seul cas publié par le D[r] Pletzer.

L'autopsie n'a-t-elle pas révélé la thrombose des veines utérines et péri-utérines? Si les caillots vasculaires avaient été solides, composés de la fibrine et des éléments figurés du sang, y aurait-il eu des thromboses dans les organes éloignés comme le poumon ? Il faut donc admettre l'analogie qu'il y a entre mes expériences de laboratoire et ce qui s'est passé chez la malade observée, et la manière de voir théorique que j'ai émise il y a quelques mois se trouve pleinement confirmée et justifiée.

Malheureusement ce seul cas de mort sera impuissant à faire réfléchir tous les praticiens qui se servent du perchlorure. Je vois déjà les objections s'élever parmi lesquelles le cliché bien connu :

« L'emploi du perchlorure de fer ne m'a jamais donné que des résultats satisfaisants ; pourquoi donc l'abandonner. »

On me dira encore : « Le cas de M. Pletzer était un bien mauvais cas. Il s'agissait d'une femme syphilitique, et les vaisseaux étaient probablement bien malades ».

Mais opère-t-on jamais des utérus sains ? Est-il possible de connaître l'état des vaisseaux avant le curettage? Il y a donc lieu de les considérer toujours comme profondément altérés ; on sera plus souvent près de la vérité, et cela commandera la prudence.

Quoi qu'il en soit de ces divergences d'opinion, un fait

(1) *La Clinique.* — Lettres d'Allemagne 1891, n° 45.

ressort de tout ceci, c'est que dans certaines circonstances, que nous sommes malheureusement impuissants à prévoir, le perchlorure de fer est mortel, et comme cette liqueur peut facilement être remplacée, et par le chlorure de zinc, et par la créosote de hêtre, et par la teinture d'iode, et par l'eau chaude à 42° c., etc., on peut l'abandonner sans regrets à d'autres usages thérapeutiques.

Faut-il 20, 30 ou 50 décès pour que l'expérience soit concluante?

Bruxelles, Juin 1892.

L'injection antiseptique intra-utérine après l'accouchement.

Je me propose de discuter aujourd'hui la valeur des injections intra-utérines après l'accouchement.

M. le professeur Tarnier vient de mettre en lumière à la Société obstétricale de France un des accidents qui résulte de cette pratique, la syncope. C'est une raison de plus pour examiner à nouveau cette question toute d'actualité et dont l'importance est incontestable.

Je ne parlerai pas de l'injection antiseptique employée dans les hémorrhagies utérines graves, dans les infections puerpérales, là où son utilité et son action merveilleuses sont surabondamment démontrées, mais de l'injection intra-utérine immédiatement après un accouchement normal, où tout s'est passé dans l'ordre physiologique.

Je vois les accoucheurs les plus autorisés, les plus renommés par leur grande expérience se servir de cette méthode après la délivrance la plus naturelle ; et cela n'est pas sans m'imposer une très grande réserve dans ma critique. Mais comme je vois aussi une certaine contradiction entre leur manière de faire et les principes mêmes qu'ils enseignent, la thèse que je veux soutenir se trouve justifiée.

Et d'abord, quel est le but qu'on se propose d'atteindre en faisant, dans un cas normal, une injection intra-utérine de liquide antiseptique ?

1° *Débarrasser l'utérus des caillots sanguins qui le rem-*

plissent et des débris de placenta qui pourraient s'y trouver.

2° *Exciter les contractions utérines et réduire ainsi l'hémorrhagie à un minimum.*

3° *Imprégner la surface utérine d'une solution microbicide et faire de cette façon la prophylaxie de l'infection puerpérale.*

Voyons maintenant à quel point ces *desiderata* sont obtenus par le procédé en usage et si, une fois obtenus, nous avons le droit d'être satisfaits de notre ouvrage.

1° Admettons que l'examen de l'arrière-faix nous ait rassuré sur la sortie complète du placenta, ce qui arrive dans la grande majorité des cas. Il ne reste plus alors dans l'utérus délivré que du sang plus au moins coagulé ; mais la matrice se contracte de plus en plus physiologiquement et sous l'influence des frictions, et se débarrasse ainsi spontanément de l'excès de sang épanché. Ce qui reste dans l'utérus doit-il être détruit, enlevé ? Le caillot nouvellement formé n'est-il pas là pour obstruer les sinus utérins ouverts ; ne constitue-t-il pas une barrière à l'écoulement ultérieur du sang ; ne joue-t-il pas le rôle d'escharre aseptique, de tampon hémostatique et cela merveilleusement, mieux que vous ne pourrez le faire jamais artificiellement ?

La cavité remplie de sang, et le col obstrué par un caillot, ne sont-ce pas là les conditions les plus favorables s'opposant au relâchement des parois utérines ; les mêmes qui sont réalisées dans la ventouse physique : Dans ce système lorsqu'un obstacle quelconque s'oppose à la rentrée de l'air dans la poire élastique, cette dernière, comprimée ne reprend pas sa forme primitive bien que la force de compression ait cessé d'agir.

J'ai en outre la conviction que le caillot sanguin est l'expression première de la réaction de l'organisme contre

les pertes de substance, et que la néoformation *rapide* de tous les tissus, depuis le tissu osseux jusqu'à l'endothélium, est liée intimement à la présence au point lésé d'une substance plastique comme le sang et la lymphe remplissant la fonction de tissu conjonctif des plaies, de substratum à l'infiltration réparatrice.

Donc, s'il n'y a pas eu infection, si l'accoucheur n'a pas introduit par ses instruments ou ses mains un contage quelconque dans l'utérus, il ne me semble pas autorisé à détruire, sous prétexte de prophylaxie, les conditions physiologiques de réparation, lorsque celles-ci s'établissent dans des limites normales. (Hémorrhagies). L'injection intra-utérine, en balayant les caillots et la nappe fibrineuse qui tapisse les parois de l'organe, provoque un nouvel écoulement de sang, dissout les thromboses des sinus et joue certainement un rôle chimique, probablement altérant sur un terrain vierge.

Elle commet encore d'autres méfaits dont parle M. Tarnier et sur lesquels nous reviendrons tantôt.

A mon sens donc, la masse sanguine coagulée sert de pansement intra-utérin aseptique et sert à l'hémostase. Je pense même que lorsque le caillot n'arrive pas à remplir convenablement la cavité rétrécie par les contractions, le relâchement des parois utérines est favorisé par cela même ; et, ce qui semble être la cause unique de l'hémorragie est souvent l'effet du trouble amené dans les conditions physiques citées plus haut.

Je trouve par conséquent que le premier but que l'on se propose d'atteindre par l'injection intra-utérine ne doit pas être atteint, et que la première faute est de vider l'utérus de son contenu que je considère comme normal après un part d'ailleurs normal. S'il y a des débris placentaires à enlever, la question change naturellement de face, je ne parle que des cas où la délivrance est complète.

2° Le second but serait *d'exciter ces contractions utérines et de réduire ainsi l'hémorrhagie à un minimum.*

Dans la plupart des cas l'utérus se contracte spontanément sans aucune intervention. S'il y a tendance à l'inertie, de légères frictions pratiquées sur l'abdomen, au niveau du fond de l'utérus, ou bien le massage sont un adjuvant très utile.

Pourquoi établir alors comme règle la méthode d'injection intra-utérine pour déterminer un phénomène qui se produit spontanément et sous l'influence d'une manœuvre externe très facile et inoffensive.

L'injection chaude pourra certes être employée mais il faut attendre qu'elle soit au moins nécessaire, lorsque la nature ou les moyens simples seront devenus insuffisants. Il ne faut pas vouloir enfoncer des portes ouvertes.

Mais l'injection produit-elle réellement la contraction du muscle utérin ? On peut l'affirmer, je pense, mais à la condition qu'elle soit faite à une température sensiblement au-dessus ou en dessous de la température du corps, à 40° et à 0° environ, et qu'elle soit faite avec une certaine énergie.

Or il résulte de la discussion qui a eu lieu à la Société obstétricale de France entre MM. Tarnier, Tissier, Budin et Champetier de Ribes que les accidents syncopaux qui se produisent assez fréquemment à la suite des injections de substances toxiques, même étendues, seraient dus à la pénétration du liquide dans les sinus utérins. M. Tissier propose même de ne faire l'injection que très lentement, de manière à laisser baver le liquide dans la cavité utérine, et pour cela de ne jamais élever les injections à plus de 30 centim. au-dessus du siège de la malade.

J'en conclus que si l'injection est lancée avec une certaine force dans le but de balayer les caillots et les mucosités, je risque fort de provoquer les accidents qui ont

attiré l'attention de M. Tarnier, mais aussi j'obtiens une contraction énergique très favorable à l'hémostase.

D'autre part si je laisse simplement baver le liquide injecté, le nettoyage sera loin d'être parfait, et la contraction peu ou point améliorée.

Dans ces conditions j'aime mieux m'abstenir dans tous les cas normaux.

La pathogénie des syncopes après injection semble loin d'être expliquée malgré les recherches de MM. Tarnier et Tissier.

Ces savants pensent que si la tension veineuse est diminuée par des hémorragies, si quelque caillot ou débris vient boucher l'orifice du col, et s'il survient une longue contraction utérine, l'utérus s'injecte lui-même en quelque sorte, étant pressé sur le liquide incompressible (1) et le liquide, pénétrant dans quelque sinus béant provoquerait la syncope.

Cette explication est fort difficile à admettre, d'autant plus qu'elle ne peut se baser que sur l'expérimentation faite sur le cadavre, sur un utérus flasque qui ne peut donner aucune preuve de ce qui se passe dans un utérus vivant qui se contracte. Et, comme le dit M. le Dr Budin, cela paraît en contradiction avec tout ce que l'anatomie et la physiologie nous enseignent. Nous avons tous appris, en effet, que, quand l'utérus se contracte, les sinus se ferment (2).

On ne peut pas non plus établir de comparaison entre la syncope survenue chez des animaux auxquels on a fait une injection intra-veineuse antiseptique, et les accidents survenus chez les accouchées après l'injection intra-utérine.

Les conditions physiologiques sont toutes différentes ;

(1) *Revue médico-chirurg. des mal. des femmes*, p. 295.
(2) *Revue médico-chirurg. des mal. des femmes*, p. 296.

dans le premier cas la syncope est due uniquement à l'injection d'un corps étranger dans la circulation, tandis que dans le second la syncope peut être due à un phénomène de shok analogue à celui qui résulte de l'évidement brusque d'une cavité remplie de liquide, à celui qui suit le tiraillement du cordon spermatique, l'attouchement du péritoine ou la compression soudaine du testicule; elle peut être encore consécutive à l'excitation violente du plexus nerveux péri-utérin par le fait de l'injection chaude.

Mais que la syncope soit due à la pénétration du liquide injecté dans les sinus plus ou moins béants ; qu'elle soit due à la toxicité même de ce liquide ou à un phénomène de shok, c'est en tout cas un accident redoutable qui amoindrit singulièrement la valeur du procédé systématique des injections.

3° *Imprégner la surface utérine cruentée d'une solution microbicide, et faire de cette façon la prophylaxie de l'infection puerpérale.*

Vouloir atteindre ce but, c'est considérer l'utérus délivré comme une plaie ordinaire de la cuisse ou du bras, et le soigner comme tel.

Admettons que la comparaison soit juste.

Nous savons aujourd'hui par des travaux très probants et notamment celui du Dr Herman (1) que l'on doit éviter de se servir de solutions antiseptiques dans les plaies non contaminées, non infectées parce qu'elles tuent les éléments histologiques superficiels, et rendent le terrain plus favorable à une infection ultérieure. Nous savons aussi que les liquides dits antiseptiques ne sont en réalité que des solutions stériles, jouant un rôle purement mécanique et non pas microbicide dans les irrigations et les

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1890.

injections (1). Et cela est surtout vrai pour l'utérus dans lequel il est si dangereux d'employer des solutions sérieusement antiseptiques.

Les nombreux cas d'intoxication sont là pour le prouver.

Je conteste donc la possibilité d'imprégner les parois utérines d'un liquide toxique quelconque sans accidents, et sans avoir rendu tout au moins un terrain qui était vierge de toute contamination, éminemment apte au développement de colonies bactéridiennes.

Vous me direz que ce terrain ne pourrait être vierge à cause de la pénétration de l'air dans l'utérus !

Mais on ne pourrait imaginer un meilleur procédé que celui de l'injection intra-utérine pour introduire de l'air en ce point, puisque vous détruisez les caillots, et que le jet liquide entraîne de l'air avec lui !

Donc sous prétexte de prophylaxie, grâce à une injection intra-utérine, on empêche l'hémostase physiologique ; on détruit un élément qui peut s'opposer au relâchement de l'utérus ; on diminue la résistance vitale des tissus lésés ; on introduit de l'air, un élément qui peut être infectieux ; on risque également d'introduire par les doigts la sonde ou le liquide même des germes pathogènes, malgré les plus grandes précautions. On ne peut pas nier que l'abstention de toute pratique soit une méthode plus aseptique que n'importe quelle intervention qui amène toujours avec elle ses inconvénients, ses dangers.

Ces arguments seraient déjà suffisants pour rejeter en principe l'injection intra-utérine après l'accouchement normal. Mais il y a encore une considération théorique qui plaide en faveur de l'expectation. Il me semble que

(1) HENRIJEAN. *Du traitement des plaies et affections chirurgicales*, 1889.

tout phénomène physiologique, se produisant chez un individu sain, peut se passer de thérapeutique, et il me repugne de tuer des ennemis qui n'existent pas, qui ne menacent même pas. Il n'y a pas plus de raisons pour laver l'utérus après le part physiologique qu'il n'y en aurait à donner un lavement antiseptique après chaque garde-robe, une injection intra-utérine, après chaque menstruation, un lavage de l'urèthre après l'éjaculation.

Mais je vois venir de belles et bonnes statistiques très bien faites et qui parlent en faveur de la méthode que je combats.

Ces statistiques n'ont cependant pas de signification précise. A la statistique de M. le prof. Tarnier ou de M. le prof. Charles, on peut opposer celles, tout aussi remarquables, de plusieurs praticiens allemands qui ont laissé avec succès des centaines d'accouchements se passer comme chez les animaux, c'est-à-dire sans intervention, sans même d'injections vaginales.

De ce qu'aucun accident ne soit parvenu dans un utérus injecté, on ne peut pas conclure à l'efficacité de l'injection. Mais un fait patent, brutal et qu'on ne peut pas nier, c'est l'intoxication, c'est la syncope qui peuvent se produire dans les conditions les plus normales, et où l'injection est manifestement coupable.

Avant de terminer, je tiens à ajouter que l'injection intra-utérine antiseptique chaude et particulièrement celle au sublimé à 1/8000 semble être néanmoins le traitement qui s'impose en dehors des conditions physiologiques, c'est-à-dire dans l'hémorragie, que les moyens simples n'ont pu arrêter ; dès qu'il y a menace d'infection puerpérale (lochies fétides), et chaque fois que par l'application d'instruments ou de la main on peut avoir contaminé la cavité utérine.

Cette méthode a donné des résultats tellement heureux

partout où elle a été mise en pratique, elle a si bien fait disparaître de nos maternités la redoutable épidémie puerpérale, qu'il serait presque criminel pour un médecin de ne pas y avoir recours.

Mais il ne faut pas perdre de vue la tendance générale que l'on a à systématiser les méthodes et à traiter comme des cas pathologiques les phénomènes les plus naturels. C'est la seule chose que je désire combattre par ces quelques considérations.

Bruxelles, Juillet 1892.

Contribution à la physiologie de la menstruation (1).

Les plus récentes recherches sur le mécanisme de la menstruation ont fait admettre assez généralement que la muqueuse utérine est le point de départ de l'écoulement menstruel.

Si la théorie de Lawson-Tait sur l'influence prépondérante de l'ovaire dans la fonction menstruelle est battue en brèche par le fait des salpingotomies doubles, les ovaires étant sains, et non suivies de cessation des règles, les deux observations de lésion ovarienne unilatérale que j'ai l'honneur de vous présenter donnent cependant manifestement la preuve que l'ovaire peut jouer un rôle d'arrêt dans cette fonction alors même que l'ovaire du côté opposé est resté sain.

L'une de ces observations semble fournir en outre la preuve que la muqueuse utérine n'est pas le seul point de départ possible de l'écoulement sanguin cataménial.

Il s'agit d'une première malade, Mme X., de Bruges, chez laquelle j'ai pratiqué la laparotomie pour ovaire scléro-kystique à gauche, l'ovaire droit étant absolument normal. L'opération était nécessitée par des troubles circulatoires et nerveux et des douleurs intolérables. De

(1) Communication faite au 1er Congrès international de gynécologie et d'obstétrique.

plus les règles avaient été suspendues complètement pendant six mois.

Quelques jours après l'opération, ces dernières ont reparu et se sont maintenues tout à fait normales et régulières depuis lors, c'est-à-dire depuis neuf mois.

La seconde observation porte sur une malade, Mme B., de Molenbeek, qui a toujours été bien réglée et qui, au moment d'une menstruation, n'a vu aucun écoulement sanguin se produire, mais a ressenti brusquement une grande douleur dans le bas-ventre avec sensation de faiblesse extrême allant jusqu'à la syncope et augmentation de volume et de tension de l'abdomen. La madade se remet assez vite de ce premier accident, mais ne voit pas de changement se produire du côté de l'abdomen, lorsqu'à l'époque menstruelle suivante, qui arriva au jour attendu, le même phénomène se produisit : pas d'écoulement sanguin, mais brusque augmentation de tension et de volume du ventre.

C'est alors que la malade est venue me consulter. Après un premier examen, je pose le diagnostic de fibrome utérin justifié par le siège apparent de la tumeur et par sa consistance. Un confrère appelé en consultation pose le même diagnostic. Nous examinons la malade deux jours après, et nous sentons, à la palpation abdominale, la crépitation caractéristique du caillot sanguin au niveau de la partie la plus élevée de la tumeur, c'est-à-dire au voisinage de l'ombilic, ce qui en imposait pour un fibrome kystique avec hémorragie. Le reste de la tumeur avait encore la dureté du fibromyome.

Deux jours après, un nouvel examen nous permet de poser avec une certitude absolue le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Plus de crépitations ni d'induration, la tumeur donnait cette fois la sensation de flot caractéristique.

L'opération est proposée et acceptée.

La paroi abdominale incisée, nous tombons effectivement sur un kyste volumineux. Il était facile de prévoir que la ponction donnerait issue à du sang récemment extravasé, par conséquent n'ayant que peu subi les modifications hématiques ordinaires. C'est ce qui arriva. Le sang épanché était encore rouge. Les caillots ressentis à la palpation s'étaient vraisemblablement désagrégés et dissouts dans le liquide kystique.

La tumeur débarrassée de ses adhérences est extraite, et nous trouvons un pédicule grêle ayant subi une quadruple torsion. L'ovaire de l'autre côté était entièrement sain.

La malade sortit guérie deux semaines après l'intervention, et depuis lors la menstruation se fait régulièrement et normalement.

Il est éminemment probable que l'hémorragie intrakystique est consécutive à la torsion du pédicule; mais il est intéressant de noter qu'elle s'est produite au moment de la menstruation et aux dépens du flux menstruel, la malade n'ayant pas perdu une goutte de sang au cours des deux dernières périodes.

Notre première observation semble prouver que l'ovaire peut, lorsqu'il est atteint par un processus pathologique, empêcher la fonction physiologique du flux menstruel de se produire, qu'il peut en quelque sorte jouer un rôle réflexe inhibitoire sur l'ovaire sain et sur l'utérus.

En effet, dans ce cas, l'ovaire enlevé, les règles réapparurent immédiatement, comme si on avait soulevé un obstacle mécanique à l'écoulement.

La seconde observation peut expliquer l'aménorrhée qui se présente fréquemment dans les altérations de l'ovaire et nous montrer que cet organe peut être le siège d'une congestion, d'une tension sanguine si intense,

allant jusqu'à l'hémorragie, qu'il absorbe à son profit tout le molimen menstruel.

La physiologie de la menstruation est si peu connue qu'on ne doit négliger aucun fait pour l'éclairer.

On ne saurait même assez engager les chirurgiens à étudier chaque femme opérée de castration utérine ou ovarienne, spécialement au point de vue de la période menstruelle.

Les animaux ne peuvent pas ou presque pas nous donner de renseignements utiles à cet égard ; et le fait que presque toutes les femmes opérées en un point du tractus génital se comportent différemment au moment des règles prouve la complexité du phénomène.

La pathogénie seule donc pourra nous faire connaître un jour le mécanisme de cette fonction dite physiologique et qui est soumise à des influences si diverses.

Peut-être apprendrons-nous qu'elle est le résultat d'une activité exagérée, sans importance aucune, à laquelle s'est adapté l'organisme féminin et qui s'est transmise par hérédité suivant la loi de la persistance des habitudes organiques.

Bruxelles, Octobre 1892.

Fibromyomes utérins sous-séreux dans un cas d'aplasie génitale avec prolapsus total externe de l'utérus et des organes voisins (1).

Il m'a paru intéressant, au point de vue de la pathogénie des fibromes et de celle du prolapsus utérin, de rapporter le cas susmentionné.

Il est rare, en effet, de voir apparaître des fibromes sur un utérus aplasique surtout lorsque les ovaires eux-mêmes ne se sont pas développés. Il est rare également de voir se produire le prolapsus utérin externe, rectal et vésical chez une nullipare ; à plus forte raison lorsque l'utérus n'a pas subi son évolution complète.

Or ma malade présente le singulier tableau pathologique que voici et dont je n'ai pu rencontrer aucun exemple dans la littérature chirurgicale :

Mme V., de Bruxelles, âgée de 65 ans, est venue me consulter, présentant les symptômes habituels du prolapsus utérin total externe : organes herniés, grandes difficultés dans la marche, la miction et la défécation.

Elle *urine avec la main*, c'est-à-dire en soulevant la tumeur herniaire, et cela toutes les vingt minutes en moyenne. Les douleurs dans les lombes, les aînes et les cuisses sont devenues intolérables, et comme aucun pessaire n'est parvenu à soutenir l'utérus réduit, la malade demande une intervention plus efficace.

(1) Communication faite au 1er congrès international de gynécologie et d'obstétrique.

Réglée pour la première fois à l'âge de dix-neuf ans et demi, elle n'aurait jamais perdu que quelques gouttes de sang au moment de ses époques menstruelles qui ont toujours été accompagnées de crises douloureuses nécessitant le repos absolu au lit pendant deux jours. Ces époques, paraît-il, étaient rares, se présentant irrégulièrement tous les deux ou trois mois. La ménopause se serait établie à trente-quatre ans. Pas de grossesse, pas d'hémorragies, un peu de leucorrhée seulement au moment des règles.

A 51 ans, elle se marie, mais uniquement pour des motifs d'intérêts, et vers l'âge de 58 ans, il y a sept ans donc, se présentèrent les premiers symptômes de la descente de l'utérus qu'aucun traitement n'a pu soulager.

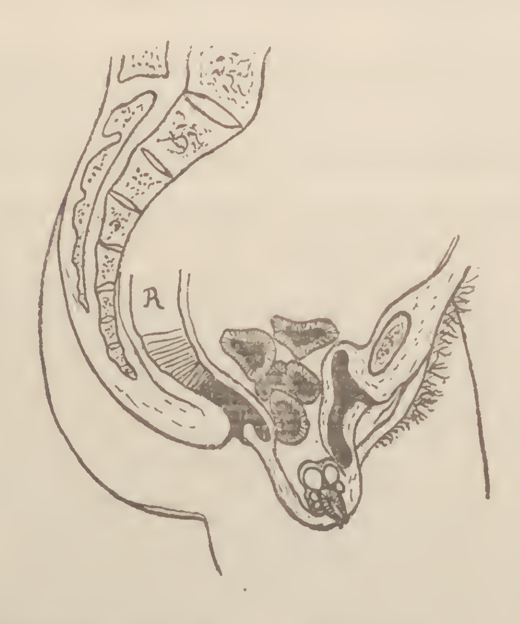
J'examine la patiente et je trouve la tumeur herniée, abaissée jusqu'au niveau du tiers supérieur de la cuisse et présentant le volume et la forme d'un prolapsus utérin ordinaire. La muqueuse vaginale n'est pas hypertrophiée, elle est plutôt lisse que rugueuse et se continue au niveau du col utérin avec la muqueuse cervicale très boursoufflée et faisant fortement saillie au dehors.

La palpation, bien que rendue diffuse par la vessie en avant et le rectum en arrière, fournit la sensation d'un utérus mou de volume normal. Le cathéter introduit dans l'utérus ne pénètre cependant pas à plus de quatre centimètres, et cela difficilement. Le sondage de la vessie et le toucher rectal ne donnent pas de renseignements particuliers.

Je réduis alors le prolapsus aisément et le toucher me fait reconnaître qu'il n'existe pour ainsi dire pas de portion vaginale du col.

Un pessaire rond, de Dumontpallier, de grandes dimensions maintient la tumeur réduite jusqu'au jour fixé pour l'opération qui est acceptée par la malade.

Après ouverture de l'abdomen, je plonge la main jusque dans la cavité du petit bassin et je trouve là une collection de petites tumeurs pédiculées me donnant la sensation d'une grappe de raisins. Je parviens rapidement à amener au niveau de la plaie abdominale un utérus ex-



trêmement minime, épais de 2 centimètres et long tout au plus de 4 centimètres portant au niveau de son fond sept petits fibromes pédiculés sous-séreux variant entre le volume d'un pois et celui d'une noix, et en outre deux ovaires scléreux situés respectivement en des points très rapprochés des cornes de l'utérus et présentant la grosseur et la forme d'une petite noisette.

Le volume des organes génitaux, les symptômes tels

que l'absence presque continuelle de menstruation pendant la première moitié de la vie, la ménopause précoce chez notre malade étaient tellement caractéristiques d'une aplasie génitale qu'il m'eût été impossible d'admettre chez cette femme uniquement les modifications amenées par la sénilité. Il ne s'agissait pas non plus d'un utérus infantile.

Ce qui peut nous intéresser chez cette malade, c'est d'abord l'aplasie génitale utéro-ovarienne, ensuite la formation de fibromyomes sur cet utérus mal développé alors que les ovaires semblent n'avoir pris aucune part à la vie génitale.

En effet, l'opinion que le fonctionnement des ovaires aurait une grande influence sur le développement des fibromes est généralement répandue ; on a même préconisé l'ovariotomie pour enrayer l'évolution de ceux-ci.

Le cas que je vous présente ne confirme pas précisément cette manière de voir puisque de multiples fibromes ont pris naissance et se sont formés dans un utérus aplasique malgré l'atrophie complète des ovaires.

Un exemple plus typique encore nous a été rapporté par M. le professeur Martin à sa clinique privée de Berlin. Il aurait été obligé de faire une myomectomie chez une malade ayant subi quelque temps auparavant une castration ovarienne double pour altération des ovaires.

Un autre point curieux, et celui-ci au point de vue de l'étiologie du prolapsus, c'est l'existence d'un prolapsus total chez une personne dont l'utérus même garni de ses fibromes est moins volumineux qu'un utérus normal ; chez une femme qui ne s'est livrée à aucun travail violent pendant le cours de sa vie ; enfin qui n'a pas été soumise à l'étiologie de la puerpéralité.

A en juger par l'examen anatomique des parties génitales internes, il faut, je crois, attribuer le mécanisme

de ce prolapsus à la petitesse même de l'utérus et de ses annexes, à la flaccidité, au relâchement de l'appareil ligamenteux et des parois vaginales dont les points de fixation se trouvaient trop réduits ; bref, au manque complet de tonicité des tissus. Il s'agit donc ici d'une flaccidité congénitale et non acquise, ce qui n'est pas la pathogénie ordinaire du prolapsus.

L'insuffisance du plancher pelvien ne peut pas être invoquée ici.

Je reviens à l'opération au point où je l'ai laissée tantôt. Après avoir énucléé et excisé les fibromes, je me suis servi du petit moignon utérin dont le fond constituait une excellente surface avivée pour pratiquer l'hystéropexie.

L'opération terminée, je constatai au niveau de la vulve que les parois vaginales antérieure et postérieure formaient encore un léger colpocèle à cause de l'énorme distension du vagin. Quelques chirurgiens auraient peut-être pratiqué préalablement à l'hystéropexie les colporrhaphies antérieures et postérieures.

J'ai pensé qu'elles étaient inutiles, car j'ai pu remarquer déjà dans d'autres cas de prolapsus traités par l'hystéropexie que le vagin se rétracte et revient sur lui-même petit à petit avec la même complaisance qu'il met à se distendre sous l'influence du poids de l'utérus et de la presse abdominale.

Ce qui le prouve une fois de plus, c'est que malgré l'âge avancé de ma malade, malgré le manque de tonicité de ses tissus, le colpocèle et tous les plis du vagin disparurent au bout de 15 jours.

Cette malade guérit rapidement et les résultats fonctionnels ont été des plus heureux.

Si j'ai rapporté ce cas, c'est parce que la malformation

génitale peut être considérée ici comme cause déterminante du prolapsus des organes du petit bassin, et, si la théorie de Conheim sur l'origine des néoplasmes est vraie, du développement des fibromyomes.

Bruxelles, Novembre 1892.

La laparotomie proprement dite.

On semble n'être pas tombé d'accord sur la forme et la grandeur à donner à l'incision des parois abdominales dans la laparotomie.

Quelques chirurgiens ont pris pour principe de n'ouvrir le péritoine que sur une longueur minima quel que soit le cas qui se présente.

S'il s'agit d'une tumeur assez volumineuse à extirper, ils feront une incision plus petite que ne le comporte le néoplasme à éliminer, quitte à réduire ce dernier par morcellement ou ponction. S'il s'agit d'enlever de petits ovaires scléro-kystiques ou des trompes dégénérées, la suture aura 5 ou 6 centimètres de longueur, juste la place nécessaire pour livrer passage à l'index et au médius chargés de détacher les adhérences et d'amener à l'extérieur les parties à extraire.

D'autres chirurgiens, au contraire, ouvrent largement, depuis l'ombilic jusqu'à deux travers de doigts au-dessus du pubis dans presque tous les cas.

Quels sont les motifs qui justifient ces deux procédés différents?

Parmi les partisans de la petite incision se trouvent Pozzi, Lucas Championnière et Olshausen. Parmi les autres, Terrillon en France, Veit et Martin en Allemagne.

Les premiers pensent que la grande incision est inutile, facilite la sortie des intestins pendant l'opération, donne

une plaie difficile à suturer, expose la malade à des éventrations ultérieures et provoque chez les opérées un traumatisme trop considérable avec ses conséquences. Les seconds y trouvent au contraire, des avantages multiples dont nous parlerons tantôt.

Il serait impossible de prendre une statistique actuellement pour comparer, de part et d'autre, les résultats au point de vue de la laparotomie proprement dite, le résultat global d'une opération étant chose trop complexe; mais il serait utile cependant d'examiner la question de près. Et puisque les faits ne peuvent donner que des renseignements incomplets, il y a lieu de recourir au raisonnement afin de savoir lequel des deux est le meilleur procédé.

Il est évident qu'au moment de pratiquer une laparotomie le chirurgien se posera la question suivante : « Faut-il ouvrir largement l'abdomen ou bien une petite incision sera-t-elle suffisante? »

Pour fixer les idées, admettons qu'il s'agisse, par exemple, de faire l'ablation des annexes pour pyosalpingite double supposée.

Il est clair qu'une incision de six centimètres de longueur, faite au-dessus du pubis, est suffisante pour que deux ou trois doigts introduits dans la cavité abdominale puissent détacher et amener au-dessus de la plaie les organes à enlever. Encore faut-il que les doigts de l'opérateur soient longs et déliés : il y a sous ce rapport des différences très curieuses d'un chirurgien à l'autre et qui nécessitent des techniques différentes. Mais quels qu'ils soient, les doigts dans le cas indiqué sont des instruments aveugles bien qu'exercés au palper et au toucher. Ils étirent, ils arrachent, ils écrasent, ils déplacent, très prudemment peut-être, mais aveuglément.

La ténuité des adhérences pelviennes n'est pas un signe de non-vascularisation d'où des hémorragies possibles.

Une pression légère peut déterminer la rupture de la poche salpingitique, d'où danger d'infection généralisée. L'étirement de ces zones d'adhérences porte presque toujours sur des intestins tassés dans le petit bassin, d'où dangers d'occlusion intestinale. Ce n'est pas à l'ablation simple de l'organe malade que doit se borner le bénéfice de l'intervention opératoire du côté de l'abdomen. Si par une inspection minutieuse, faite avec les yeux, on peut se rendre un compte exact de la lésion et de son étendue, si l'on peut prévenir une hémorragie, un hématome, la rupture d'un sac purulent, dégager les anses intestinales agglutinées et empêcher ainsi leur étranglement, examiner les orifices herniaires dans un but prophylactique, si l'on peut par ce moyen d'observation, *la biopsie*, modifier le plan de l'opération proposée, dans un sens conservateur, il me semble que l'incision ombilico-pubienne est de beaucoup préférable, étant donnés ses avantages. Le chirurgien n'aura peut-être pas la satisfaction d'avoir fait une laparotomie en dix minutes, mais il aura celle de n'avoir pas ouvert le ventre d'une femme sans regarder ce qu'il y avait dedans et d'être prévenu sur les complications ultérieures possibles de sa maladie.

On accuse l'incision faite *larga manu* d'être la cause des éventrations. Si l'on tient compte uniquement des statistiques des divers opérateurs, la chose est encore à prouver.

L'éventration semble due bien plus à l'état de nutrition des tissus, à la constitution de la femme qu'à la grandeur de l'incision abdominale.

J'ai pu observer dans les maternités de Paris un grand nombre de primipares atteintes de cette infirmité, surtout chez celles dont le tissu adipeux était très développé.

Les femmes grasses fournissent, alors qu'il n'y a eu aucune incision, le plus grand contingent d'hernies ombi-

licales. J'ai vu récemment à ma clinique gynécologique deux femmes obèses, nullipares, appartenant à la même famille et atteintes toutes deux d'une hernie considérable de la ligne blanche.

S'il y a eu incision, la structure de la cicatrice a certainement une influence sur la production des hernies ventrales bien plus que la longueur de cette cicatrice.

M. Championnière, que j'ai pu interroger à cet égard il y a quelques jours, et qui pratique constamment la suture en étages des parois abdominales, affirme que par ce procédé il évite l'éventration. Il a pu me citer de nombreux exemples parmi lesquels les cas très curieux d'une danseuse de profession et de quatre acrobates qu'il avait eu l'occasion d'opérer et chez lesquelles la guérison s'était maintenue malgré les chances multiples d'éventration qu'offrait leur métier.

Il y aurait donc lieu de faire toujours, même dans les cas d'incisions très peu étendues, la suture étagée du péritoine, des muscles grand-droits de l'abdomen, du panicule adipeux et de la peau.

Une autre objection faite aux grandes incisions c'est de provoquer un traumatisme considérable qui se traduirait par de la fièvre. Cette fièvre est loin d'être la règle et elle semble surtout être minime lorsque l'hémostase a été bien faite, l'opération rapide, l'asepsie complète, et comme elle n'influence pas beaucoup la marche de la guérison, elle ne constitue pas une objection suffisante.

Quant à la procidence des intestins, on peut facilement l'empêcher au moyen d'une large éponge plate, au moyen de compresses chaudes stérilisées qu'un assistant maintient jusqu'au moment où l'opérateur jette les dernières sutures. La position inclinée de Trendelenburg, en faisant tomber le paquet intestinal dans la concavité du diaphragme, facilite beaucoup cette contention et met

bien en évidence les organes du petit bassin, ce qui n'est pas un mince avantage pour le chirurgien et pour les spectateurs.

Vous me direz que l'intérêt de ces derniers arrive en dernière ligne dans cette question. Il est cependant de l'intérêt des malades en général que les praticiens profitent de toutes les occasions qui s'offrent à eux pour ramener par le contrôle de la vue toutes les sensations perçues par le toucher et le palper à des lésions anatomiques déterminées. L'art du diagnostic est basé là-dessus. Or, les autopsies sont rares; la plus grande majorité des laparotomies ne sont d'une utilité d'observation réelle que pour l'opérateur qui touche les organes à travers la plaie, et qui exerce ainsi son sens tactile; par conséquent une technique opératoire qui réunit les conditions les plus favorables aux malades et qui satisfait en même temps les besoins de sécurité du médecin et les exigences de l'enseignement doit prévaloir sur tout autre technique.

Il résulte donc de ces considérations: qu'il faut préférer la laparotomie à large incision à la petite section suspubienne et la suture en étages à la suture en masse des parois abdominales. Loin de moi cependant l'idée de vouloir généraliser ces procédés à toutes les laparotomies.

Il va sans dire qu'une castration simple, l'opération réductrice de l'utérus de G. Thomas, l'hystéropexie, nombre de laparotomies exploratrices pourront être exécutées par une très petite plaie abdominale. Mais je crois pouvoir dire que la grande incision est utile et nécessaire chaque fois qu'on fait la laparotomie pour lésion inflammatoire de l'utérus et des annexes, de même pour l'énucléation des fibromyomes sous-séreux ou interstitiels, pour les kystes ovariens avec adhérences, pour les grossesses ectopiques, les castrations utérines. Pas de règles non plus pour le mode de réunion de la plaie abdominale

bien qu'on doive préférer de beaucoup la réunion très soignée de la couche aponévrotique et musculaire. Mais elle sera absolument indiquée dans tous les cas d'obésité ou seulement d'adipose sous-péritonéale ; lorsqu'il y a manque de tonicité musculaire, comme chez les personnes âgées, dans les cas de parésie ou paralysies abdominales, enfin lorsque les opérées sont atteintes de maladies constitutionnelles comme le diabète, la tuberculose, la syphilis, la chlorose dans lesquels le processus de réparation est très lent.

S'il s'agit cependant de terminer rapidement une opération, la narcose ayant été déjà fort prolongée, quelques sutures en masse alternées avec quelques sutures superficielles seront très suffisantes.

Une autre raison qui doit guider le chirurgien dans le choix de son procédé de suture c'est l'esthétique ; et il est regrettable de voir des opérateurs en faire si peu de cas. J'ai pu examiner après guérison, de jeunes femmes opérées de laparotomie et présentant une cicatrice énorme, irrégulière, bosselée, où des sutures avaient été tantôt très serrées, tantôt très lâches et où la peau offrait des solutions de continuité, remplies d'un tissu cicatriciel de mauvaise nature. On avait fait la suture en masse. Chez d'autres opérées au contraire, et je me plais à citer celles de M. le D[r] Pozzi, les stigmates de l'opération n'étaient plus visibles que pour un œil exercé, tant ce chirurgien avait mis de soins et d'art à réparer la lésion par la suture étagée. D'une façon générale donc, on ne peut, me semble-t-il, établir de règles pour cette technique.

Du reste toute systématisation est funeste à l'avancement d'une science. Ce n'est pas parce que telle méthode a réussi un grand nombre de fois qu'elle constitue dorénavant l'unique, la seule méthode à suivre. L'innovateur a malheureusement une tendance à généraliser l'appli-

cation de son système et je crois qu'il est dangereux de le suivre dans cette voie, car l'intérêt du malade alors n'est plus que secondaire. C'est de plus faire un retour vers la panacée universelle. Adapter exactement, logiquement, son *modus operandi* à chaque cas particulier et le modifier suivant les circonstances est bien plus le fait d'une liberté et d'une souplesse d'esprit qu'un manque de méthode ou de conviction.

Bruxelles, Mars 1892.

A propos du morcellement des corps fibreux de la matrice par la voie vaginale.

La méthode du morcellement des fibromes utérins, imaginée et si bien mise en pratique par le Dr Péan, n'est pas sans laisser parfois le chirurgien dans une très grande perplexité lorsqu'il se trouve en présence d'un cas de tumeur fibreuse dont le diagnostic exact de situation et d'étendue est incomplet.

Faut-il chercher à extraire la tumeur par évidement central ou bien est-il préférable d'en tenter l'énucléation ou la décortication par la voie abdominale?

La même question se pose également dans certains cas de suppuration pelvienne et surtout aujourd'hui que l'hystérectomie semble jugée supérieure à toute autre méthode depuis le congrès de Bruxelles.

C'est affaire de diagnostic, dira-t-on, et le choix de la voie à suivre dépendra du siège du néoplasme ou de la collection purulente. Malheureusement ce sage éclectisme n'existe pour ainsi dire que dans les livres et par-ci par-là dans les congrès.

Parcourez les cliniques gynécologiques et vous voyez tel chirurgien opérant tout par la voie vaginale, un autre réduit toutes les rétroflexions et les prolapsus par l'hystéropexie ; un troisième n'a jamais fait d'hystéropexie, par contre il peut vous montrer une série de 150 cas d'opération d'Alexander et un quatrième 200 colpopérinéorrhaphies pratiquées dans le même but.

Plus loin l'électricité et l'électricité seule guérit les tumeurs fibreuses; là c'est l'ergotine qui accomplit ce prodige; enfin le Dr X... n'a pas un seul curettage sur la conscience, mais un nombre infini de guérisons par les caustiques.

C'est donc affaire de système, de méthode, d'engouement personnel, d'école, de mode enfin. Il serait peut-être plus juste de dire affaire de statistique, car on ne peut vraiment pas se poser en promoteur d'un procédé sans fournir une statistique convenable qui en proclame la valeur, et alors tous les cas deviennent plus ou moins justiciables de la même opération. De là de belles et vastes statistiques qui en écrasent d'autres sous la brutalité de leurs chiffres mais qui au fond n'ont guère de signification. Au reste, d'où qu'elles viennent, personne n'y croit.

La statistique la plus honnêtement édifiée, par le chirurgien le plus consciencieux, n'est pas à l'abri de critiques et elle ne peut avoir qu'une valeur très relative. Elle est entachée en quelque sorte d'une faute originelle qui se trouve précisément dans la différence qu'il y a d'un cas à un autre, deux cas par conséquent difficilement comparables.

Et la seule chose qu'on doive en tirer, c'est le fait qu'une opération est possible, utile dans certaines circonstances, mais non pas qu'elle est toujours supérieure à une autre.

La systématisation d'un procédé garanti par une statistique est donc un non-sens.

La conduite à tenir pour chaque malade doit donc résulter d'une discussion serrée de la valeur des modes opératoires qui lui sont applicables et parmi lesquels il s'en trouve un qui doit évidemment être préféré.

Mais l'esprit de tendance rend fatalement le praticien incapable de discerner et de prendre la seule voie qui

conduirait au résultat pleinement satisfaisant. Et puisqu'on ne peut se débarrasser des idées préconçues, ne devrait-on pas, devant les cas d'opérations graves, toujours discuter entre chirurgiens à tendances diverses? On exige que l'avortement médical soit décidé par plusieurs, ne devrait-on pas exiger aussi que les opérations dont nous parlons le soient à la suite d'un avis collectif?

Si cette thèse paraît peu soutenable à cause de l'atteinte qu'elle porte à la liberté professionnelle, elle ne montre pas moins le côté faible de cette dernière, c'est-à-dire les erreurs qu'elle couvre de son immunité.

Qu'il me soit permis maintenant de présenter aux membres de la Société de gynécologie la relation d'un cas de fibromyôme du ligament large, qui aurait été certainement soumis à un traitement électrolytique, ou par les ergotines, à une laparotomie ou à un morcellement par voie centrale suivant les tendances des praticiens auxquels ce cas aurait été soumis.

Il s'agit d'une dame D..., de Bruxelles, qui s'est présentée à la Policlinique Saint-Jean le 10 septembre 1892, souffrant de rétentions d'urine intermittentes et de douleurs abdominales et lombaires.

Elle est âgée de 47 ans; depuis 13 ans jusque vers l'âge de 29 ans, époque de son mariage, les règles ont été normales. A trente ans elle accouche à terme et sans difficulté d'un enfant bien portant, et depuis cette date la menstruation a été irrégulière, ordinairement plus fréquente et plus abondante, ne laissant guère entre les époques qu'un intervalle de 15 jours à trois semaines. Les choses restent en l'état jusque vers 42 ans, mais alors des symptômes de descente utérine la forcent à subir une colpopérinéorrhaphie qui semble l'avoir guérie; mais la malade prétend que déjà alors elle sentait comme un corps étranger se mouvoir dans le fond du

bassin. Enfin depuis une quinzaine de jours elle est obligée à différentes reprises d'entrer chez un médecin pour le prier de la sonder, car volonté et presse abdominale n'arrivent pas à vider la vessie. Ces renseignements connus, la malade est examinée et nous trouvons au toucher bimanuel : la vessie énormément distendue et laissant s'écouler par la sonde près de trois litres d'urine claire à réaction acide ; un col utérin petit, légèrement ramolli et comprimant fortement l'urèthre et le col vésical. Le cul-de-sac vaginal antérieur est pour ce motif inaccessible ; dans le cul-de-sac postérieur on sent nettement une tumeur solide, arrondie remplissant tout le petit bassin et s'opposant au toucher des annexes à cause de sa fixité et de son volume. Nous parvenons cependant à modifier quelque peu sa position et à abaisser légèrement le col de l'utérus, manœuvre qui donna à la malade quelques jours de repos, par suite du rétablissement de la miction spontanée.

Les caractères physiques de la tumeur, sa continuité avec le corps de la matrice, continuité que nous pûmes contrôler assez exactement par le palper et le toucher combinés, ne laissèrent aucun doute sur le diagnostic à poser. Il fallait croire à un fibromyome de la paroi postérieure de l'utérus, enclavé dans le petit bassin et affectant la dimension d'une tête fœtale.

Cette femme est alors examinée par quelques autres chirurgiens qui posent le même diagnostic et émettent des avis divers quant au traitement à instituer. L'un d'entre eux parvient après quelques manœuvres dans la narcose à mobiliser la tumeur et à la refouler au-dessus du détroit supérieur. Aussitôt le diagnostic se trouve modifié dans le sens d'une tumeur fibreuse du ligament large.

L'état d'affaiblissement de la malade ne permettait pas

alors d'intervenir avec quelque chance de succès, une opération fut postposée. Les ferrugineux, le vin, une nourriture reconstituante et la réduction de la tumeur dans l'abdomen à chaque signe de rétention d'urine et des matières fécales permirent à la malade d'attendre deux mois et d'offrir alors plus de résistance au choc opératoire.

J'avais écarté d'abord toute idée de traitement par la méthode d'Apostoli et par l'ergotine, car aucun d'eux ne pouvait remédier assez directement ni assez rapidement aux troubles urinaires et intestinaux que nous avions en présence.

Si la malade n'avait pas donné, au bout d'un certain temps, toute sécurité comme état général, mon choix se serait évidemment porté sur l'un ou l'autre de ces deux procédés.

Mais le moment d'agir étant survenu, quel procédé opératoire fallait-il ?

Les beaux résultats obtenus par Péan et ses élèves dans des cas de ce genre, la gravité reconnue moindre des opérations vaginales, conseillaient le morcellement par voie centrale sans parler de la question d'amour-propre si vive parfois lorsqu'il s'agit de suivre une route nouvellement tracée. Cependant la situation excentrique du néoplasme, la crainte de devoir recourir en fin de compte à l'hystérectomie totale et surtout la facilité de découvrir immédiatement la tumeur me firent opter pour l'incision abdominale, dans l'espoir d'une énucléation totale d'emblée.

A l'ouverture du péritoine, la main introduite rencontra une tumeur solide à résistance élastique, située au niveau du détroit supérieur et ne présentant aucune adhérence avec les intestins ni avec l'épiploon, ce qui

arrive du reste dans la plupart des tumeurs fibreuses. Elle fut cependant assez péniblement amenée à l'extérieur à cause d'adhérences organisées établies entre elle et le péritoine du petit bassin. Lorsqu'elle fut libérée, la conduite à tenir s'imposait, étant donnés les caractères morphologiques du néoplasme. Il présentait les dimensions et la forme d'un ovoide de révolution, c'est-à-dire à peu près celles d'une tête fœtale qui occupait vraisemblablement, à l'état de réduction, une position O. I. D. P. et il était aisé de comprendre alors que sa rotation et son abaissement dans la concavité sacrée donnait au toucher tous les signes d'un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. La corne droite de l'organe faisait corps avec la tumeur qui s'était probablement développée primitivement dans son épaisseur et insinuée ultérieurement entre les feuillets péritonéaux du ligament large, particulièrement du côté de l'aileron postérieur. En effet, l'ovaire se trouvait admirablement étalé sur la face antérieure du fibrome ; le pavillon de la trompe était effacé à l'extrémité distale du néoplasme par suite de sa distension.

A gauche de l'utérus les annexes sont saines.

Une double ligature élastique est jetée autour de l'isthme utérin et maintenue par deux pinces de Péan et un fil de soie.

Je mène ensuite une incision sur tout le bord supérieur de la tumeur jusqu'au niveau du fond de l'utérus de manière à ouvrir la loge qui renferme le fibrome et pour permettre la décortication qui est faite rapidement et uniquement à l'aide des doigts.

La tumeur énucléée, nous assistons au très curieux spectacle de la contraction des fibres utérines et ligamentaires constituant le fond de la loge. Celles-ci notablement hypertrophiées se trouvaient étalées en surface et présentaient une disposition radiée remarquable. Lors-

que rien ne s'opposa plus à leur retrait, nous les vîmes se contracter et en moins de cinq minutes, la grande poche du ligament large et la corne utérine dissociée se trouvèrent réduites à une petite plaie linéaire de six centimètres de long environ.

La trompe, son pavillon, l'ovaire occupaient de nouveau leur situation respective normale le long du bord droit de la matrice dont le volume excédait un peu le volume physiologique. Je passai quelques sutures au catgut préparé à l'essence de genévrier dans le fond de la plaie utérine afin d'accoler les fibres utérines à elles-mêmes et une suture en surjet, suivant le procédé de Lembert, fermait hermétiquement le péritoine.

La ligature élastique enlevée, j'attendis jusqu'à ce que toute perte sanguine ait cessé.

Les organes furent ensuite replacés dans le petit bassin et recouverts des intestins, de l'épiploon, et enfin de la paroi abdominale suturée en masse à la soie au sublimé.

Les suites de l'opération ont été des plus simples.

Ni fièvre, ni hémorragie, et dès le sixième jour toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement.

Vers le septième jour la température atteignit un moment 40° pour retomber à 37 après une heure. Ce n'était qu'une indigestion provoquée par l'huile de ricin.

La malade s'est levée le 15[e] jour après l'opération et s'il faut en croire l'état actuel des choses, c'est-à-dire la réunion *per primam* de la plaie abdominale, la mobilité de l'utérus qui reprend petit à petit ses dimensions normales et l'état des voies digestives et utérines, la guérison complète semble assurée.

Etant donnés les rapports anatomiques de l'utérus, de la tumeur fibreuse et des annexes, je ne pense pas que la méthode du morcellement aurait pu donner un résultat aussi satisfaisant à tous les égards.

Il eût été impossible d'arriver au néoplasme sans débrider d'abord au préalable le col, sans disséquer toute l'épaisseur de la paroi utérine. L'opération aurait été extrêmement pénible et dangereuse, certainement incomplète, ou peut-être trop complète, car le délabrement de la matrice eût été tel que l'hystérectomie serait devenue nécessaire, sans parler de la perte de sang plus considérable qui en serait résulté.

La laparotomie au contraire a permis de ne toucher qu'au néoplasme seul, d'éviter toute hémorragie immédiate, de laisser intacts l'utérus et ses annexes.

Enfin la cavité utérine n'a pas été mise en rapport avec la cavité péritonéale, et c'est là un point capital.

Si la matrice s'était trouvée profondément altérée par des fibromes interstitiels, il eût été temps encore, comme le fait Martin, de faire l'hystérectomie abdominale partielle ou totale suivant la méthode qu'il a exécutée devant vous lors du congrès de Bruxelles et que j'ai décrite l'an passé dans une « lettre d'Allemagne » (1).

Le reproche que l'on peut faire surtout au morcellement par la voie centrale, c'est que l'opération débute par la dissection d'un organe d'ordinaire sain avant même que l'on soit certain de pouvoir arriver jusqu'à la tumeur et l'extraire.

Dans la méthode que j'ai suivie, le premier temps est la laparotomie proprement dite ; il ne me semble pas qu'il ait la même gravité ni la même conséquence au point de vue des risques de mutilation.

Il est évident que l'observation que je viens de vous lire ne diminue en rien la valeur de l'opération de Péan, mais elle peut en diminuer peut-être les indications.

Admettons un moment que le morcellement avec l'hystérectomie ait été suivi de guérison.

(1) Lettres d'Allemagne (*La Clinique* 1891).

Le mot *guérison* fera donc le même effet dans une statistique de morcellements et d'énucléations ?

Il serait plus juste, me semble-t-il, de réserver le mot *guérison* lorsqu'il y a *restitutio ad integrum* et de dire *guérison mutilante* pour l'autre genre de résultat.

Bruxelles, décembre 1892.

Six cas d'avortement grave suivis de guérison (1).

Si j'ai réuni quelques observations d'avortements graves suivis de guérison, ce n'est pas pour vous démontrer l'excellence d'un procédé nouveau de traitement, mais bien pour affirmer, une fois de plus, la supériorité du traitement radical d'élimination, pratiqué sous la sauvegarde de l'antisepsie au sublimé; je veux parler du curettage. C'est aussi pour ajouter quelques faits qui semblent démontrer la valeur d'une méthode de traitement postopératoire que j'ai déjà décrite ailleurs (2) et qui consiste à permettre le rétablissement de la statique utérine déviée, par l'application plus ou moins prolongée du pessaire après l'opération du raclage. Enfin, c'est pour donner à chaque cas, présentant quelque intérêt, l'importance d'une recherche de laboratoire capable de nous donner des enseignements nouveaux sur la pathogénie de la grossesse pathologique et sur son traitement.

I. — Grossesse de cinq mois, — Avortement mécanique. Rétention placentaire. — Infection.

Appelé en consultation chez Madame X....., de Bruxelles (février 1892), je constatai tous les symptômes de l'in-

(1) Communication faite à la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.

(2) Le pessaire dans le traitement des métrites. *La clinique*, nos 5-7, 1892.

fection puerpérale. Fièvre de 38°9 avec frissons, claquements de dents, pouls petit, irrégulier. — Ballonnement et sensibilité extrêmes du ventre; hémorragie utérine. Au toucher, col très abaissé et entr'ouvert. Utérus volumineux, très mou et douloureux, affaissé sur le plancher pelvien. Dans le vagin des débris de membrane en putréfaction et des caillots. — Odeur repoussante.

Anamnèse. — Avortement datant de huit jours, pratiqué par un professionnel qui s'est contenté d'extraire violemment le fœtus et de laisser en place le délivre.

Traitement. — Grog tiède au rhum, sulfate de quinine, injection utérine au sublimé à 1/4000 à 45° et curettage.

Le médecin traitant est obligé de cesser la narcose dès les premières inhalations de chloroforme, tant le pouls est faible, l'état général menaçant.

Avec la curette mousse, je parviens à enlever péniblement la plus grande partie des membranes et du placenta, et la curette tranchante de Récanier me fait entendre bientôt le cri du muscle utérin; mais l'état de mollesse de l'utérus est si marqué qu'il faut agir avec la plus grande prudence pour ne pas perforer l'organe, ce qui diminue les chances d'évacuation complète.

Je suis obligé, en outre, d'aller rapidement, car la douleur épuise la malade.

Lorsque je crois avoir atteint mon but, je fais une irrigation intra-utérine de plusieurs litres d'une solution très chaude de bichlorure de mercure à 1/4000 et je lance sur les parois utérines un mélange à parties égales d'alcool, de créosote et de glycérine. Puis tamponnement aussi serré que possible à la gaze iodoformée; toilette et tamponnement antiseptique du vagin, reposition de l'utérus; enfin, la malade est placée dans le décubitus dorsal complet, le siège et la vulve étant garnis d'ouate au sublimé.

Le soir de l'opération, les symptômes abdominaux s'amendent, mais la fièvre s'élève à 39°5. Le lendemain elle est de 38°3. L'état général est meilleur. Le pansement est rempli de sang ; avant de le renouveler, une injection intra-utérine chaude est pratiquée, et pour prévenir toute perte sanguine ultérieure, je fais une injection hypodermique d'ergotine Yvon. Administration d'un gramme de sulfate de quinine. Le lendemain, t° 38°6 ; même traitement, mais cette fois sans tamponnement. Le quatrième jour la température n'est toujours pas revenue à la normale, il y a encore tendance à l'hémorragie, l'odeur infecte est plus marquée que la veille et la malade retombe dans un état alarmant.

Il était évident que l'utérus n'avait pas été entièrement débarrassé des matières septiques qu'il contenait. Aussi, devant la menace de septicémie, malgré la gravité de l'état général, je n'hésitai pas à faire une nouvelle tentative de curettage. Cette fois, je pris d'emblée la curette tranchante, et comme l'utérus offrait plus de résistance, je parvins à déblayer complètement le terrain. Même technique qu'auparavant. Le soir, nouvelle poussée fébrile, comme c'était à prévoir la curette avait ouvert de nouvelles portes à la résorption des matières décomposées. La malade est soutenue avec du champagne et du bouillon, et le lendemain un mieux notable s'est manifesté. Plus d'hémorragies, plus d'odeur; t° de 37°. Quelques injections antiseptiques intra-utérines chaudes, un régime reconstituant mirent la malade sur pieds huit jours après la seconde intervention.

Réflexions. — Dans le cas présenté la curette mousse a été, comme dans presque tous les cas où je m'en suis servi, tout à fait impuissante. Elle a été inventée cependant pour les indications de ce genre. Je la crois incapable de débarrasser entièrement le terrain, surtout au

niveau de l'insertion placentaire, des villosités choriales y implantées, alors même que celles-ci sont macérées.

L'ergotine n'a pas fourni le résultat que j'en attendais. Elle n'a pas empêché les hémorragies, mais a montré une action très vive sur la région cervicale de l'utérus qu'elle a fortement contractée, action dangereuse donc, tant que la matrice n'est pas délivrée complètement.

J'ai tout lieu de croire que si je n'étais pas intervenu une seconde fois pour vider radicalement l'utérus des produits de putréfaction, en prenant, par exemple, en considération l'état général presque désespéré de la malade, celle-ci aurait succombé à l'infection.

Un raclage, aussi complet que possible, est donc la seule et la dernière chance à courir.

II et III. — **Grossesses de trois mois et de trois mois et demi. Avortement. — Rétention. — Infection.**

Lorsque madame X.... vint me voir en février dernier, je trouvais un état général extrêmement anémié et affaibli par de la fièvre hectique. Amaigrissement notable. Le toucher me donna les renseignements suivants : vagin rempli de sécrétion muco-purulente, ayant produit un érythème de la vulve et des cuisses ; col utérin complètement ramolli, béant et présentant à gauche la cicatrice d'une déchirure s'étendant jusqu'à la paroi vaginale. Le doigt, introduit dans l'utérus, y rencontre des débris de caduques et de placenta subissant la fonte purulente. L'utérus est très volumineux, sensible, très abaissé. Les annexes sont douloureuses et présentent de l'empâtement.

Anamnèse. — Agée de 26 ans. Deux accouchements antérieurs à termes. Une fausse couche spontanée. Il s'agit aujourd'hui d'un avortement de trois mois et demi,

pratiqué par la malade elle-même à l'aide d'une canule à lavement, non désinfectée, introduite dans la matrice et laissée en place pendant trois jours et deux nuits. Au bout de ce temps, il s'est produit une douleur utérine amenant l'expulsion d'un petit fœtus et d'énormes caillots sanguins. Fièvre puerpérale pendant dix jours, au bout desquels cette personne peut se lever ; mais les douleurs abdominales et lombaires et la fièvre la forcent bientôt à recourir aux soins médicaux. C'est alors que je trouvai les lésions dont je viens de parler.

Traitement. — La malade est chloroformisée et les parties génitales sont soumises à une désinfection soignée. Un raclage à la curette tranchante a vite fait d'éliminer les restes de la gravidité. Une cautérisation à la créosote et un tamponnement à la gaze iodoformée achèvent la toilette de la cavité utérine. Je fis alors la réparation du col par une trachélorrhaphie unilatérale selon Emmet. Et après avoir réduit l'utérus en place normale, je terminai par un pansement vaginal et vulvaire.

Le lendemain même je constatai la disparition de la fièvre hectique et bientôt tout rentrait dans l'ordre, pendant qu'une diététique appropriée rétablissait les voies digestives et qu'un pessaire favorisait le retour de la circulation utérine.

La guérison était complète anatomiquement et physiologiquement, comme je pus m'en assurer plusieurs fois pendant l'espace de six mois, lorsque, récemment je dus poser, chez la même personne, le diagnostic de grossesse d'environ trois mois. Peu de temps après, je fus appelé précipitamment la nuit et je trouvai la malade en proie à une fièvre de près de 40° et à des douleurs abdominales insupportables : Commencement de péritonite avec météorisme et vomissements. Voici ce qui s'était passé :

Ne voulant pas avoir d'enfant, la malade m'avoua s'être fait avorter, mais cette fois non pas avec une canule à lavement non désinfectée, mais avec une sonde en gomme à mandrin, stérilisée au sublimé, qu'elle était parvenue à s'introduire dans l'utérus, en attirant celui-ci jusqu'à la vulve au moyen des doigts.

Les membranes amniotiques s'étaient rompues et l'utérus s'était contracté, mais en vain depuis 48 heures, ne donnant issue qu'à des flots de sang. Je sentis l'utérus de nouveau très ramolli et son volume accusait bien une grossesse de trois mois et demi au moins; le col était à peine entr'ouvert, mais situé presque à l'entrée de la vulve, le corps utérin étant placé en rétroflexion très marquée.

Etant donnée la menace de péritonite, j'immobilisai l'intestin par les opiacés et je fis placer de la glace sur le ventre et faire une injection vaginale au sublimé à 45°, lorsque j'eus réduit l'utérus.

Le lendemain, comme les douleurs expulsives n'avaient pas reparu, et que la péritonite semblait céder, je fis un curettage comme en février. Il amena un placenta présentant un commencement de putréfaction. Aujourd'hui la péritonite semble s'être cantonnée dans le petit bassin sous forme de paramétrite postérieure : elle est en voie de disparition complète comme toutes les autres lésions utérines.

Réflexions. — Le rétablissement rapide des fonctions utérines, surtout celles des circulations sanguine et lymphatique est lié ici, je pense, à l'emploi que je fis du pessaire dès que la malade put se lever.

Dans le second cas, la paramétrite constituait une contre-indication immédiate à ce procédé, auquel j'aurai cependant recours lorsque l'empâtement du Douglas aura disparu.

Il est éminemment probable que, lorsqu'il est possible

d'intervenir à temps, c'est-à-dire au début de la péritonite, celle-ci se limite facilement en un point du petit bassin qui, du reste, est le point d'élection des inflammations péritonéales chez la femme.

IV. — Grossesse de quatre mois et demi. — Rétroflexion et incarcération de l'utérus gravide. — Mort du fœtus.

Madame V....., de Bruxelles, n'est plus réglée depuis quatre mois, et cependant elle émet des doutes sur l'existence d'une grossesse. Toujours est-il que depuis huit jours de grandes douleurs l'ont prise et ne la quittent plus. La défécation, la miction et la marche sont très pénibles, presque impossibles. Il se produit un écoulement de liquide sale, couleur café au lait et parfois nettement sanguin.

Madame V..... me dit avoir subi un raclage, en décembre 1891, pour endométrite, et qu'elle s'est très bien remise de cette opération. S'il y a grossesse, son début doit remonter au mois de mars, environ deux mois et demi après ce curettage.

Lorsque j'examine la malade (juillet 1892), l'utérus est volumineux, occupe tout le petit bassin et son col comprime le trigone vésical. Le corps est en rétroflexion prononcée. Il est ramolli et contient des parties dures. Les manœuvres de réduction sont rendues impossibles à cause d'adhérences et aussi à cause des douleurs qu'elles provoquent. On ne peut obtenir de renseignements pouvant faire admettre la mort du produit.

Par prudence, la malade est soumise à un lavement au chloral et mise en observation, entourée de soins de propreté; mais au bout de quelques jours la situation s'est aggravée. L'arrêt de la grossesse par suite d'incarcération est probable; l'absence de mouvements fœtaux et

une mollesse utérine extrême en sont des signes. De plus l'écoulement est devenu si abondant qu'il faut admettre une rupture de la poche des eaux. Je me décide alors à intervenir.

La matrice mesure 18 centimètres de profondeur au cathéter. Le col ayant été facilement dilaté, j'enlève à la pince des fragments de membranes, de placenta et de fœtus qui se déchirent aisément, car ils sont dans un état de macération dont la durée ne peut être évaluée. Le liquide amniotique est de la même coloration café au lait que l'écoulement constaté pendant les jours précédents. L'amnios était probablement ouvert avant l'opération, et il ne se trouve cependant aucun signe de putréfaction. Le morcellement du produit et de ses annexes est extrêmement laborieux, à cause surtout des précautions qu'il faut prendre afin de ne pas perforer l'utérus qui semble macéré lui-même. Après une demi-heure de travail, après que la curette mousse, puis tranchante ont enlevé la presque totalité du délivre et du fœtus, je suis obligé de suspendre les manœuvres à cause de l'état du pouls et de la respiration qui sont d'une faiblesse inquiétante. Après avoir fait une abondante injection intra-utérine chaude au sublimé et un tamponnement complet, l'utérus est placé en antéversion et la malade est remise au lit et ranimée par l'alcool, l'éther, des boules d'eau chaude et des frictions stimulantes. Quelques heures plus tard les contractions utérines se manifestent et mettent fin à l'hémorragie. Le soir de l'opération : t° 38° ; le lendemain matin 37°7. Dans l'après-midi de ce jour, je renouvelai le pansement utérin, et comme la contraction rendait le muscle utérin résistant, je pus contrôler le résultat du raclage, enlever quelques esquilles osseuses et des débris de placenta qui lui avaient échappé la veille. Cette fois, je fis un tamponnement moins serré ; il ne se

manifesta plus d'hémorragies et la température, après avoir oscillé entre 37°5 et 39°, tomba définitivement à 36°7 après trois jours. Un pessaire rond de Dumontpallier maintint l'utérus réduit pendant quelques semaines.

J'ai eu l'occasion de revoir cette malade cinq mois après l'opération et j'ai trouvé l'utérus tout à fait normal, situé en antéversion physiologique. Il n'y avait ni douleur, ni même de leucorrhée.

Réflexions. — L'état de macération du fœtus indiquait nettement que la mort remontait à plusieurs jours et cependant la montée du lait ne se fit que le lendemain de l'opération. Ce signe de la mort, par l'écoulement lacté, n'a donc qu'une valeur très relative.

Je ne pense pas que l'introduction d'une sonde ou d'un colpeurynter eût pu amener l'avortement dans les conditions d'incarcération où nous nous trouvions sans risquer d'amener une rupture des parois utérines. Il y a lieu, me semble-t-il, de ne pas trop temporiser dans ces cas afin d'éviter l'infection.

Le pessaire, placé quelques jours après le curettage, pendant la période de réparation, n'est pas étranger, je crois, à la bonne situation statique qu'occupe la matrice aujourd'hui.

V. — Grossesse de quatre mois et demi. — Hydramnios. Avortement. — Rétention placentaire (1).

Mon excellent confrère, le Dr Jourdain, me fit examiner madame X. . en février 1892 et me donna, au préalable, les anamnestiques suivants : 36 ans, trois grossesses antérieures parvenues à terme, une fausse couche il y a vingt

(1) Ce cas que j'ai opéré, a été l'objet d'une communication *in extenso* par le Dr Jourdain dans la *Presse médicale* n° 15, avril 1892.

et un mois. Depuis lors, règles normales. En septembre 1891, suppression des règles et signes de grossesse. La femme se fait avorter au début le 8 décembre par une sage-femme qui parvient à extraire un volumineux caillot qui parut alors être le produit. Depuis ce temps leucorrhée. En janvier 1892, hémorragie, puis ballonnement progressif de l'abdomen et douleurs hypogastriques accompagnées de pertes jaunâtres avec augmentation du volume des seins. Le 11 février, au dire de la femme, nouvelle tentative d'avortement mécanique suivie de pertes sanguines légères, mais continues. Enfin, appelé en consultation le 20 février nous trouvons tous les signes d'une grossesse avancée. L'utérus est aussi volumineux que celui d'une femme enceinte de 9 mois. Étant donnés l'anamnèse, la sensation de flot perçue dans l'abdomen, l'absence de mouvements fœtaux et de bruit de souffle utérin et des tons du cœur fœtal, nous posons le diagnostic de grossesse de quatre mois et demi avec hydramnios et probabilité de mort du fœtus.

Traitement. — Repos au lit. Injections vaginales chaudes au sublimé à 1/1000. Le soir même, t° 39°3. Ecoulement sanguin, pas d'odeur. Le 23, à cinq heures du matin, douleurs utérines suivies de l'expulsion d'une quantité considérable de liquide amniotique et d'un fœtus de 21 centimètres de long, par conséquent d'un peu plus de quatre mois. Le diagnostic se trouvait confirmé.

La délivrance ne se produisait pas, malgré toutes les manœuvres exercées par mon confrère.

Appelé de nouveau en consultation, je décidai la délivrance artificielle et ce n'est qu'à la suite d'efforts inouis que je parvins à l'aide des doigts, des pinces à polypes et de la curette, à décoller, morceller et racler jusqu'aux dernières traces d'un placenta énorme qui se trouvait situé à la face antérieure de l'utérus et au niveau du fond.

Pendant tout le cours de l'opération l'utérus se contracta énergiquement rendant l'hémorragie minime, mais paralysant complètement les doigts introduits. Injection intra-utérine chaude au sublimé, tamponnement à la gaze iodoformée. Injection hypodermique d'ergotine. La fièvre céda le jour même et la guérison fut complète le 3 mars 1892.

Réflexions. — Il s'agit évidemment ici d'un avortement manqué suivi d'une grossesse pathologique. La question est de savoir si c'est la première manœuvre d'avortement ou la mort du fœtus qui a amené l'hydramnios, car ni la syphilis, ni l'excrétion cutanée et urinaire du fœtus ne peuvent être invoqués dans ce cas.

La méthode d'expression du placenta, selon Credé, est restée ici en défaut, très probablement à cause d'adhérences anormales que présentaient le sac fœtal et le placenta modifiés par l'hydramnios et vraisemblablement par la placentite.

VI. — Grossesse de trois mois. — Syphilis paternelle. Avortement. — Môle hydatiforme.

Au mois de mars 1892, j'eus l'occasion de soigner une jeune femme deux jours après ses noces. Après interrogatoire, j'appris que des douleurs aiguës s'étaient déclarées assez brusquement à l'entrée du vagin. Il s'était développé une vaginite et une bartholinite aiguës. La glande de Bartholin, grosse comme un œuf de pigeon, fut incisée immédiatement et la vaginite soignée au sublimé, ultérieurement avec les injections à l'alun en solution. L'examen des organes génitaux du mari me révéla l'existence d'une syphilis ancienne avec bubons abcédés guéris. Cependant sous le prépuce il existait un chancre mou de date assez récente pouvant en imposer pour une syphi-

lide tertiaire. Pas de blennorrhagie, comme j'aurais pu le croire d'après les lésions survenues chez la jeune femme. La vaginite guérit rapidement, mais la malade me revint, un mois après, atteinte de deux chancres mous situés au niveau du vestibule vaginal et de vaginisme aigu empêchant tout rapport avec le mari. L'iodoforme vint facilement à bout des chancres et le vaginisme disparut, à peu près en même temps, sous l'influence d'injections et de suppositoires médicamenteux, si bien que cette personne fut enceinte le mois suivant.

Tout alla bien jusqu'au commencement d'août 1892, la santé était excellente et la grossesse évoluait normalement, lorsqu'une hémorragie effrayante se déclara. Je crus être arrivé à temps pour arrêter le travail d'expulsion, car les douleurs et l'hémorragie s'arrêtèrent sous l'action de la morphine et d'un lavement de chloral. La nuit suivante, la malade sentit qu'elle perdait quelque chose par le vagin, au moment où elle allait à selle. Je trouvai effectivement au milieu des déjections un petit délivre offrant tout l'aspect d'une môle hydatiforme. Cette pseudo-grossesse remontait à trois mois. J'examinai attentivement le produit pour m'assurer qu'il avait été éliminé en totalité; et comme il paraissait être complet, je m'abstins de toute intervention autre que des injections vaginales antiseptiques chaudes. La suite fut très heureuse. Il ne se produisit ni hémorragie, ni endométrite. Il n'y eut pas de sécrétion lactée les jours suivants.

Réflexions. — La gravité de cet avortement était due simplement à l'abondance de l'hémorragie.

L'intérêt de ce cas porte surtout sur la rareté de la dégénérescence vésiculaire et sur ce fait qu'une endométrite survenue avant la grossesse ne peut être invoquée ici comme étiologie. J'ai pu voir plusieurs fois cette ma-

lade avant le début de la grossesse et je puis affirmer que cette cause n'existait pas. L'hydropisie des villosités choriales ne peut être non plus mise ici sur le compte d'une affection cardiaque, mais peut-être bien sur le compte de la syphilis du père.

L'étiologie de la môle hydatiforme étant complètement inconnue, j'ai cru utile de rapporter ce cas où l'absence d'endométrite a pu être constatée.

Décembre 1892.

TABLE DES MATIÈRES

Lehman

DU MÊME AUTEUR :

Embryologie.

Recherches sur la structure et le développement des dents et du bec cornés chez *Alytes obstetricans* (*Archives de Biologie*, T. IX, 1889). Vaillant-Carmanne, Liége.

—o—

Recherches sur l'origine et le développement des produits sexuels mâles chez *Hydractinia echinata*. — Mémoire présenté au concours de sciences naturelles 1890-91 et agréé par le jury. Bruxelles, Alfred Castaigne, 1892.

Physiologie.

De l'influence de quelques produits de sécrétion sur la calorification. — Mémoire presenté au concours du gouvernement belge (1890-91) pour la collation des bourses de voyage et agrée par le jury (*Revue de médecine*, 1892). Paris, Félix Alcan.

Gynécologie et obstétrique.

Un nouvel instrument pour la pratique des accouchements. (*Ann. de la Soc. médico-chirurg.* de Liége, 1890). Vaillant-Carmanne.

—o—

Lettres d'Allemagne (*La Clinique*, 1891). Bruxelles, Manceaux.

—o—

Le pessaire dans le traitement des métrites (*La Clinique*, 1892). Bruxelles, Manceaux.

—o—

Laparotomie dans un cas d'aplasie genitale totale (*Bull. de la Soc. belge de gynécol. et d'obstet.*, 1892). Bruxelles, Lamertin.


NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00555800 1